Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

Effectiveness of Dynamic Psychotherapy on Personality Organization and Self-Compassion in Patients with Psychosomatic Disorders

Tanaz Yousefi[1], Shima Mehabii[2], Mohammad Reza Hajrezaei[3], Sara Kalantari[4], Ehsan Abolpour[5]

1. PhD student, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Master's degree, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
3. (Corresponding author)* Master's degree, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
4. Master's degree, Department of Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
5. Master's degree, Department of Psychology, Firoozabad Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran.

Abstract

Aim and Background: Psycho-physical disorder is one of the most common medical complaints and a type of debilitating disease that affects different aspects of the patients' personality; therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of short-term and intensive emotional-oriented therapy on personality organization in women with somatic psychosis.

Methods and Materials: This study was semi-experimental with a pre-test, post-test, and two-month follow-up plan with a control group. The target population was all patients with somatic psychosis who referred to the specialized neuropsychiatric clinic in Tehran in 1401. The sample size was determined by referring to Cohen's table. In this way, at the confidence level of 95%, the effect size was 0.30 and the statistical power was 0.83 for each group of 12 people. However, since there was a possibility of some samples dropping out and in order to generalize the results more, the sample size was determined to be 15 people in each group. In the first step, 30 people were selected by available sampling method, and in the second step, these 30 people were replaced in two experimental groups (15 people) and a control group (15 people) in a simple random way (by lottery). The data were obtained using Kernberg Stipo questionnaire (2003) and Nef self-compassion questionnaire (2003) and 15 treatment sessions were performed according to Dovanlo's treatment protocol.

Findings: The results of the study indicated the impact of intensive and short-term dynamic psychotherapy on the dimensions of self-compassion and personality organization in patients with somatic psychosis ($P<0.001$).

Conclusions: According to the results, specialists active in the psychophysical field, especially the psychophysical field, can consider the use of emotion-oriented methods and intensive and short-term dynamic psychotherapy in the treatment of these people, along with other treatments.

Keywords: Intensive and Short-Term Dynamic Therapy, Personality Organization, Psychosomatics, Self-Compassion

Citation: Yousefi T, Mehabii SH, Hajrezaei MR, Kalantari S, Abolpour E. **Effectiveness of Dynamic Psychotherapy on Personality Organization and Self-Compassion in Patients with Psychosomatic Disorders**. Res Behav Sci 2024; 22(1): 104-113.

* **Mohammad Reza Hajrezaei,**
Email: hajrezaeimohammadreza@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

اثربخشی روان‌درمانی پویشی بر سازمان شخصیت و شفقت به خود در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی

طناز یوسفی[۱]، شیما مهرابی[۲]، محمدرضا حاج رضائی[۳]، سارا کلانتری[۴]، احسان ابول‌پور[۵]

۱- دانشجو دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۳- (نویسنده مسئول)* کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۴- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران.

۵- کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال روانی-تنی یکی از شایع ترین شکایات پزشکی و نوعی بیماری ناتوان کننده است که ابعاد مختلف شخصیت بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر سازمان شخضیت در زنان مبتلا به روانی تنی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به روانی تنی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه کرنبرگ استیپو (۲۰۰۳) و پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) اخذ گردید و طبق طبق پروتکل درمان دوانلو ۱۵جلسه درمان اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاکی از تأثیرروان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ابعاد شفقت به خود و سازمان شخصیت در مبتلایان به روانی تنی بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه روانی – تنی به خصوص روانی تنی می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های هیجان‌مدار و رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت، سازمان شخصیت، روانی تنی، شفقت به خود.

ارجاع: یوسفی طناز، مهرابی شیما، حاج رضایی محمدرضا، کلانتری سارا، ابول‌پور احسان. **اثربخشی روان‌درمانی پویشی بر سازمان شخصیت و شفقت به خود در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۱۰۴-۱۱۳.

*- **محمدرضا حاج رضایی،**

رایانامه: hajrezaeimohammadreza@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

مقدمه

یماری‌های روان‌تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها مؤثر باشد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به کولیت مزمن، فشارخون، بیماری‌های قلب و عروق کرونر و بالاخره روانی تنی اشاره نمود(۱)/ سردرد یکی از شایع ترین شکایات پزشکی و نوعی اختلال عصبی ناتوان کننده در درمانگاه های عصب شناختی است که سازمان شخصیت بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). سردرد شدید میتواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانیمدت در سازمان شخصیت تأثیری منفی به جا و بگذارد (۳). مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روانشناختی و اجتماعی بر حملات سردرد انجامگرفته است. نتایج این مطالعات مؤید ارتباط بین عوامل روانشناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد است (۴–۵).تا به امروز تحقیقات و اقدامات درمانی زیادی پیرامون روانی تنی انجام شده است. در این پژوهش به متغیرهای موثر در روانی تنی از شفقت به خود و سازمان شخصیت می‌پردازیم.

شفقت به خود به فرآیند نشان دادن دل‌سوزی نسبت به خود اشاره دارد که متشکل از سه جنبه: مهربانی نسبت به خود به جای قضاوت خود، انسانیت مشترک یا اشتراکات انسانی و هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی می‌باشد [۶]. به نظر می‌رسد توانایی عمومی شفقت به خود با دلبستگی اولیه دوران کودکی و تجارب بین فردی به وقوع پیوسته در اجتماع شکل می‌گیرد [۷] و مداخله خود شفقت‌ورزی می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را افزایش دهد [۱۷]. هم‌چنین، سازش یافتگی بعد از رویداد طلاق با تحمل پریشانی نیز در ارتباط است که به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف شده است [۸]. تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است [۹]. بعضی از افراد تحمل پایینی در برابر پریشانی‌ها دارند. این افراد به این واقعیت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران شرایط بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی نسبت به آن‌ها دارند. در نتیجه این افراد به دلیل ناتوانیشان برای تحمل هیجان‌های منفی احساس سرخوردگی و ضعف می‌کنند [۱۰].

ویژگی های شخصیتی عبارت است از مجموعه ای سازمان یافته و تشکیل شده از خصوصیات تقریبا ثابت و پایدار که بین یک فرد از فرد دیگر تمایز ایجاد می کند [۱۱]. یک مدل ابعادی از شخصیت که به بررسی سازوکارهای عمیق و بنیادین درون روانی می‌پردازد و این ارتباط را در دوره های مختلف رشد روانی که به آن آسیب وارد شده است بررسی می‌کند، مدل سازمان شخصیت است که بر اساس نظریات روانکاوی و تجربیات بالینی اتوکرنبرگ به دست آمده است [۱۲]. کرنبرگ در نظریه سازمان شخصیت‌اش به این موضوع پرداخته که چارچوب شخصیت، یک چارچوب پایدار از روابط موضوعی درونی شده است که تصویر لایه بندی شده ای از سازمان شخصیت که امکان درجه بندی ابعادی حوزه های متعدد کارکرد شخصیت را فراهم ساخته است.

او با ارائه دادن ابزار خود گزارش دهی از ساختار شخصیت، تصویری لایه بندی شده از میزان و شدت آسیب پذیری شخصیت به دست آورده است و بر اساس آن گفته می‌شود که شخصیت از چند حوزه کارکردی تشکیل شده است (۳). هدف مدل کرنبرگ رسیدن به درک بیشتر در مورد سازمان شخصیت و فهم آن است که همچین الگویی به وسیله ی رویکرد روانکاوی سعی در نحوه رابطه فرد با خود، دیگران و آینده را تبیین کند[۱۳].

دیدگاه روان پویشی کوتاه‌مدت فشرده تابعی از الگوی روانکاوی فروید است که توسط دانشمند ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، روان تحلیلی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است و در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطراب و هیجانشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند که همراه با این تغیر من فرد نیرومند تر می‌شود و می‌تواند با احساساتی روبه‌رو شود که از آنها اجتناب کرده است[۱۴]. در یک مطالعه مروری فراتحلیل اخیر، کارایی روان‌درمانگرهای پویشی کوتاه‌مدت در ۱۳ تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بر اختلالات بدنی سازی بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه‌مدت می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی قابل اعتماد در اختلالات بدنی سازی به کار گرفته شوند، در پژوهشی فرزدی و همکاران روان‌درمانی روان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده را آزمایش کردند و نتایج نشان داد که درمان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده بر سلامت روان افراد موثر است[۱۵].

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا اختلالات روانی–تنی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویشی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرترالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویشی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم-زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۰ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۱ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت.

ابزار سنجش

سازمان شخصیت: جهت ارزیابی سلامت طراحی شده است به سنجش سازمان شخصیت مرتبط با سلامت افراد می‌پردازد و دارای ۳۶ روی در ۸ بعد سلامت می‌باشد که عبارت‌اند از عملکرد جسمی محدودیت نفت به علت مشکلات جسمی درد جسمانی سلامت عمومی محدودیت نقش به علت مشکلات اساسی سلامت روانی شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی است کد مربوط به عملکرد جسمی ۱۰ عملکرد اجتماعی ۲ محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی ۴ به علت مشکلات اساسی ۳ سلامت ذهنی و روانی ۵ شادابی و نشاط چهار و درد جسمانی چهار و سلامت عمومی ۴ را به خود اختصاص دادند. حقیقت سلامتی نیز یک سؤال را به خود اختصاص می‌داد که جزء با دهشت آن نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد پایایی پرسش‌نامه تأیید شده و پایایی برای ترجمه آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است برای نمره دهی پرسش‌نامه در هر دو امتیاز گویه‌ها با هم جمع شده و تبدیل به مقیاسی از صفر تا صد(۱۶).

پرسشنامه شفقت خود: مقیاس خود شفقتی نف (SCS) یک ابزار خود گزارشی جدید است. یک مقیاس ۲۶ ماده‌ای که ترکیبی از ۶ خرده مقیاس که به وسیله تحلیل عاملی تأیید شد (مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، بیش شناسایی که ساختاری فراگیر از خود شفقتی را تشکیل می‌دهد؛ و خرده مقیاس‌های (قضاوت خود، انزوا، بیش شناسایی نمرات معکوس هستند و با استفاده از ۶ خرده مقیاس و جمع کردن آن‌ها نمره خود شفقتی به دست می‌آید (۹). مطالعات اعتبار یابی پایایی درونی (۰,۹۲) پایایی خرده مقیاس‌های مهربانی به خود (۰,۷۸)، قضاوت خود (۰,۷۷)، اشتراک انسانی (۰,۸۰)، انزوا، ذهن آگاهی (۰,۷۵)، بیش شناسایی (۰,۸۱) و پایایی آزمون باز آزمون (۰,۹۳)، مهربانی به خود (۰,۸۸)، قضاوت خود (۰,۸۸)، اشتراک انسانی (۰,۸۰)، انزوا (۰,۸۵)، ذهن آگاهی (۰,۸۵)، بیش شناسایی (۰,۸۸) مقیاس، همبستگی معنی‌داری مثبت بالینی با اعتمادبه‌نفس:۰,۵۵ (نف، a,۲۰۰۳) و (۰,۵۴) (نف،b۲۰۰۳) و ارتباط اجتماعی (۰,۴۱)، و رضایت از زندگی (۰,۴۵)، و همبستگی معنی‌دار منفی با افسردگی (۰,۵۱-)، اضطراب (۰,۶۵-)، انتقاد از خود (۰,۶۵-) و کمال‌گرایی عصبی (۰,۶۷-) نشان داد (ن۱۰).

گروه آزمایش درمان پویشی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، در حالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های شفقت به خود و سازمان شخصیت در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق دستورنامه روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پویشی دوانلو [۱۸] انجام شد.

درمان روانپویشی فشرده و کوتاه مدت:

گروه آزمایش درمان پویشی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، در حالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های سازمان شخصیت و قدرت ایگو در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

دستورنامه روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پویشی دوانلو (۱۹) انجام شد.

جلسه اول. در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل شرکت کنندگان پرداخته شد.

جلسه دوم. با توجه به نوع دفاع‌های (یازدگانه)، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.

جلسه سوم. کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر – پوششی. مداخله کوثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.

جلسه چهارم. بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر : چالش با دفاع ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع.

جلسه پنجم. بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.

جلسه ششم. دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله کوثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.

جلسه هفتم. تاکتیک‌های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع

جلسه هشتم. انکار و تکذیب کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع.

جلسه نهم. بیرونی سازی و ابهام. مداخلات کوثر: روشن، چالش با دفاع.

جلسه دهم. طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات کوثر: روشن کردن، چالش با دفاع.

جلسه یازدهم. بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله کوثر: روشن سازی.

جلسه دوازدهم. سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات کوثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی.

جلسه سیزدهم. صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت – انفعال. مداخلات کوثر: روشن کردن تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش.

جلسه چهاردهم و پانزدهم. در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به خصوص زمان انجام پس‌آزمون و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

روش آماری. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون کولموگروف– اسمیرنوف، برای پیش فرض کرویت از آزمون ماچلی و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جداول ۱ گزارش گردیده است.

جدول ۱. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران روانی تنی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۵۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳/۹۲ ± ۴۳/۴۰ و ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی در بیماران روانی تنی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پی‌گیری انحراف معیار ± میانگین	حداقل	حداکثر
شفقت به خود	آزمایش	۳/۶۷ ± ۴۴/۵۶	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۱۹	۳۲
	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۱۵	۳۰
سازمان شخصیت	آزمایش	۳/۶۷ ± ۴۴/۵۶	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۷۸	۹۷
	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۸۴	۱۰۳

مطابق جدول ۲، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای سبک زندگی، قدرت ایگو با افزایش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر شفقت به خود و سازمان شخصیت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
شفقت به خود	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
سازمان شخصیت	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین شفقت به خود (P=۰/۰۰۸)، و سازمان شخصیت (P=۰/۰۲۴) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین شفقت به خود (P<۰/۰۰۱) و سازمان شخصیت (P<۰/۰۰۱) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد شفقت به خود و سازمان شخصیت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۷، ۷۸ درصد بوده و معنی‌دار است. هم‌چنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای ،شفقت به خود و سازمان شخصیت معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای شفقت به خود و سازمان شخصیت در مراحل پس آزمون و پی‌گیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر شفقت به خود ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره شفقت به خود از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای شفقت به خود به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۲۷ ۷۱ درصد از تغییرات نمرات شفقت به خود از طریق اثرات بین گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر شفقت به خود، سازمان شخصیت در زنان مبتلا به روانی تنی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی شفقت به خود و سازمان شخصیت افراد مبتلا به روانی تنی شده است. این یافته با نتایج فرزدی و همکاران [۱۷]، احمدی [۲۰] و عباس و همکاران [۱۶] همسو است.

در تبیین تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش شفقت به خود در افراد مبتلا به روانی تنی با توجه به دیدگاه نظری می‌توان بیان نمود که در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم گردد، اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم خلقی یا هیجانی روبه کاهش می‌گذارند. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید [۱۷]. در فرایند درمانی روان‌پویشی، فرد با کسب توانایی تجربه‌ی عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت-های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را افزایش ابراز گری هیجانی فراهم کند. در طول جلسات درمانی وقتی ناهشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند هیجانات مثبت را بهتر درک کند. در روند درمان، افراد به نسبت به نشانه‌های بدنی اضطراب خود، آگاهی پیدا می‌کنند و می‌توانند هیجانات خود را در موقعیت-های مختلف شناسایی کنند و نحوه تجربه، بیان و کنترل آن را می‌آموزند و بدین ترتیب این دشواری در ناگویی خلقی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. چنین مواجهه‌هایی موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و ظرفیت روانی فرد را افزایش و درنهایت سلامت روانی او را بالا می‌برد. در درمـان روان پویشی وقتی مراجع نسبت بـه تعـارض درونـی مثلث تعارض بینش پیدا کنند و به این‌که چگونه این تعارضات تکرار می‌شوند مثلث شخص آگاه شوند، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نکنند او را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد و بالطبع باعث رشد ذهنی فرد می‌شود [۲۱].

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی بیماران روانی تنی در شاخص سازمان شخصیت شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های عزیز [۲۲]، سرینکا و همکاران [۲۳] و کنکت و همکاران [۲۴]. در درمان برای تجربه احساسات «به ظرفیت سازی ایگو می‌پردازیم» تا از طریق دفاع کردن، به منظور تجربه نکردن هیجانات منفی از مکانیسم‌های دفاعی استفاده نکنند. در واقع با ظرفیت سازی من برای بیمار، کمک به بهبود او می‌کنیم و این کار را از طریق نزدیک کردن بیمار به احساساتش بدون این‌که از مکانیزم دفاعی استفاده کنند انجام می‌دهیم. در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به وسیله چالش با دفاع‌ها در فرایند درمان است که حال بیمار را بهبود می‌بخشد و به تبع آن باعث بهبود شفقت به خود او نیز می‌شود.

ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال‌های اولیه زندگی و شکست در فرایند درونی سازی ویژگی "خود–مراقبتی" والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان‌شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقاء می‌شود. ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت،کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه‌گیری منطقی و استنتاج است [۲۵]. ظرفیت خود مراقبتی به واسطه‌ی تعامل والد–کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال-های اولیه کودکی ایجاد می‌شود. از آن‌جا که افراد روانی تنی فاقد این درونی سازی‌ها هستند، در توانایی خودمراقبتی، حفظ عزت نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خودمراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و گیج کننده در فرد می‌شود و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویشی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش سازمان شخصیت برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند ندارد و به طبع فرد می‌تواند راحت‌تر زندگی کند. آن‌چه در فرایند درمان پویشی کوتاه مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه درمانی است [۲۶]. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به "من" اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند. با توجه به نتایج به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویشی در مواجهه با بیماران روانی تنی از رویکرد روان-پویشی کوتاه مدت استفاده کنند. هم‌چنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان پویشی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد روان پویشی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آن‌ها در مراحل اولیه توالی پویشی مشخص می‌شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: سایکوزهای اختلال شدید در کنترل تکانه، حالت‌های شدید الکلیسم. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پی‌گیری کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می-شود مطالعاتی با پی‌گیری بلند مدت انجام شود.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که استفاده از درمان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر شفقت به خود، سازمان شخصیت در زنان مبتلا به روانی تنی مؤثر است. بر این اساس توصیه می‌شود از درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در کاهش افزایش شفقت به خود و افزایش سازمان شخصیت در افراد مبتلا به روانی تنی استفاده شود و در کنار روش‌های درمانی دیگر می‌توان از این مداخله در کلینیک‌های روانی-تنی و روان‌شناختی استفاده شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوه بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با رعایت اصول اخلاقی پژوهش مبنی بر رضایت آگاهانه آزمودنی ها و رازداری اطلاعت افراد صورت گرفته است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات تمام کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک نمودند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

References

1. Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. The lancet Gastroenterology & Hepatology 2016; 1(2): 133-46.
2. Frändemark Å, Törnblom H, Jakobsson S, Simrén M. Work Productivity, and Activity Impairment in Irritable Bowel Syndrome (IBS): A Multifaceted Problem. Am J Gastroenterol 2018; 113(10): 1540-9.
3. Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. J Clin Med 2017; 6(11): E99.
4. Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL) [Serial online] 2022; 1. [1-8]. Available from: https://www.ncbi. nlm.nih.gov/ books/NBK534810/. 12/10. 2022.
5. Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh A. A Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrom. Medical Sciences 2019; 29(2): 181-90.
6. Lembo A, Pimentel M, Rao SS, Schoenfeld P, Cash B, Weinstock LB, et al. Repeat treatment with rifaximin is safe and effective in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2016; 151(6): 1113-21.
7. Holmes HJ, Thakur ER, Carty JN, Ziadni MS, Doherty HK, Lockhart NA, et al Ambivalence over emotional expression and perceived social constraints as moderators of relaxation training and emotional awareness and expression training for irritable bowel syndrome. General Hospital Psychiatry 2018; 53: 38-43.
8. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, et al. Alexithymia and emotion regulation. J Affect Disord 2023; 32(4): 232-8.
9. Habibi Asgarabad M, Salehi Yegaei P, Jafari F, Azami-Aghdash S, Lumley MA. The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. Eur J Pain 2023; 27(3): 321-37.
10. Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropani MC, et al.Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Front Psychol 2020; 11: 1763.
11. Saeed F, Salehi M, Alavi K, Ajdarkosh H, Kashaninasab F, Nasr Esfahani F. Defense Mechanisms in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Their Relationship with Symptom Severity and Quality of Life. Middle East J Dig Dis 2019; 11(3): 158-65.
12. Badaye A, Vaziri SH, Lotfi Kashani F. Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. Hormozgan Medical Journal 2021; 25(3): 98-103.
13. Dehghan Manshadi Z, Neshat Doost HT, Talebi H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). BMC Psychol 2020; 8(1): 92.
14. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. Psychiatry 2013; 76(1): 32-52.
15. Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength. Curr Aging Sci 2022; 6(1): 105.
16. Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. Front Psychol 2021; 12(1): 1-12.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]

17. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. Psychotherapy and Psychosomatic 2009; 78: 265-74.
18. Russell L, Abbass A, Allder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. Epilepsy Behav 2022; 130.
19. Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". Community Health 2021; 8 (2): 221-31. [Farsi]
20. Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research 1994; 38(1): 23-32.
21. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports 2007; 101(1): 209-20. [Farsi]
22. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. Journal of Nervous and mental Disease 1993; 181(4): 246-56.
[23] Heidarinasab L, Shaeiri M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). Journal of Modern Psychological Researches 2011; 6(21): 77-97. [Farsi]
23. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. Journal of Youth and Adolescence 1997; 26(6): 705-32.
24. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. Int J Intensive Short Term Dyn Psychother 1996; 11(3): 129-52.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.48305/22.1.104]